



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE
MARYLAND ADMINISTRACIÓN DE INVERSIÓN FAMILIAR
SOLICITUD DE ASISTENCIA**

Fecha de recepción (solo para uso de la agencia)

Su nombre completo (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Teléfono de su casa		Teléfono de su trabajo	
¿Dónde vive? (Número y calle)		Nro. de Apto.	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es distinta a su dirección física)				Teléfono celular	

¿Qué idioma habla? Inglés Español Otro _____
Si no habla inglés y necesita servicios de traducción gratuitos, llame a su gestor de casos o al 1-800-332-6347.
 ¿Qué tipo de asistencia necesita ahora? (Marque todas las opciones que necesite)
 Asistencia financiera Servicios de cuidado infantil Programa de complemento alimentario (cupones para alimentos)
 Asistencia médica - ¿Tiene facturas médicas sin pagar de los últimos 3 meses? Sí No
 ¿Tiene alguno de estos problemas?
 Cancelación de servicio público Desalojo o ejecución hipotecaria No tiene dónde dormir No tiene calefacción
 No tiene comida No puede costear el cuidado infantil otro: _____
 ¿Usted o alguien en su núcleo familiar está embarazada? Sí No Si responde sí, ¿quién? _____ Fecha de parto _____
 ¿Usted o alguien en su núcleo familiar está discapacitado? Sí No Si responde sí, ¿quién? _____ Discapacidad _____

¿Qué tipo de asistencia recibe o recibió usted o alguien en su núcleo familiar? (Marque "ahora" si recibe estos servicios de asistencia actualmente)		¿A nombre de quién?
Ahora	1.	1.
Ahora	2.	2.
Ahora	3.	3.

Si se postula para el Programa de Complemento Alimentario (Food Supplement Program, FSP) puede llenar todo el formulario y entregárnoslo ahora. También puede ingresar su nombre y dirección, firmar esta página y entregárnosla. Luego puede terminar el resto de la solicitud en casa y traerla o enviarla por correo a la oficina.
 Su beneficio de complemento alimentario se basa en la fecha en la que firme esta solicitud y la entregue al Departamento de Servicios Sociales.
 Es posible que reciba beneficios de complemento alimentario de inmediato si satisface una de las siguientes condiciones:
 ➤ Su renta mensual o hipoteca y el costo de los servicios públicos familiares son mayores a sus ingresos y recursos familiares.
 ➤ Su ingreso mensual neto familiar es menor a \$150, y sus recursos, como por ejemplo su cuenta bancaria, son de \$100 o menos.
 ➤ Su núcleo familiar es un núcleo familiar de trabajo de granja migrante o por temporada.
 Si califica para recibir beneficios de complemento alimentario de inmediato, los recibirá dentro de un plazo de 7 días a partir de la fecha en la que firme este formulario; sin embargo, es posible que no reciba los beneficios urgentes del Programa de Complemento Alimentario, si es elegible, hasta que recibamos un formulario de solicitud completo y lo entrevistemos.

SU FIRMA	FECHA
-----------------	--------------

Vaya a la página 2 → → → →

FECHA DE RECIBIDO (SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)		
Oficina de los Servicios de Aprendizaje, Desarrollo y Apoyos (Learning, Development and Support Services, LDSS)	Programas que solicita o recibe	Nros. de identificación de AU
Nombre del gestor de casos		
Fecha de solicitud/reconsideración		Nros. de MA

SERVICIOS URGENTES PARA LOS BENEFICIOS DEL FSP (LOS USUARIOS NO DEBEN ESCRIBIR EN ESTA ÁREA - SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)

Los solicitantes que cumplan con los siguientes estándares son elegibles para recibir beneficios de complemento alimentario dentro de un plazo de 7 días. El usuario debe ser entrevistado, sea en persona o vía telefónica, para determinar la elegibilidad para los servicios urgentes. La solicitud debe estar completa y firmada y se debe verificar la identidad antes de que se puedan aprobar los servicios urgentes.
 1. ¿El ingreso total familiar este mes, antes de las deducciones, es menor de \$150 Y los ahorros/efectivo familiares son de \$100 o menos? Sí No
 Estimación personal de ingreso para este mes = \$ _____ Monto de la renta o hipoteca mensual familiar = \$ _____
 Efectivo y ahorros familiares de todos los integrantes = \$ _____ Estándar de servicio público apropiado (SUA, LUA o neto) = \$ _____
A. Ingresos y recursos líquidos totales = \$ _____ B. Costo total de vivienda = \$ _____
 2. ¿La cantidad total de B. (Costo total de vivienda) es mayor que el total de A. (Ingresos y recursos líquidos totales)? Sí No
 3. Los miembros del núcleo familiar son trabajadores de granja migrantes o por temporada sin recursos cuyo efectivo y ahorros son de \$100 o menos? Sí No
Si responde sí a cualquiera de las preguntas anteriores, el núcleo familiar es potencialmente elegible para el FSP urgente.
 4. Si existe alguna otra razón por la que este núcleo familiar NO debe recibir servicios urgentes, menciónela aquí _____

Certifico que examiné a este solicitante para los servicios urgentes del Programa de Complemento Alimentario y determiné que el núcleo familiar <input type="checkbox"/> es <input type="checkbox"/> no es elegible para la aprobación de servicios urgentes en este momento.	
Firma del gestor de casos	Fecha

A. INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR

Llene los espacios en blanco para todas las personas que viven con usted. Coloque su nombre de primero. El número del seguro social y la ciudadanía son opcionales para los miembros que no solicitan beneficios. Utilice los siguientes códigos para completar la columna de ciudadanía, raza y etnia. Ingrese los códigos que correspondan utilizando al menos un código para cada persona.
Códigos de etnicidad: 1=Hispano o latino, 2=No Hispano ni latino
Códigos raciales: puede seleccionar uno o más códigos raciales - 1=Indio americano/nativo de Alaska, 2=Asiático, 3=Negro/afroamericano, 4=Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico, 5=Blanco
Ciudadanía/código de inmigración: 1=Ciudadano de los EE. UU., 2=Residencia permanente, 3=Asilado, 4=Extranjero con permiso de entrada condicionado, 5=Permiso probatorio de 1 año o más, 6= Extranjero cuyo proceso de deportación está suspendido, 7=Refugiado, 8=Esposo(a), niño(a) o padre extranjero maltratado
Nota: No está obligado a dar información sobre su raza o etnia. Si lo hace, nos ayudará a demostrar cómo cumplimos con la Ley Federal de Derechos Civiles. No utilizaremos esta información para tomar una decisión sobre su elegibilidad. No darnos información sobre su raza no afectará su solicitud. El gestor de casos ingresará un código racial solo para fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1963 nos permite solicitar esta información.

Responda las siguientes preguntas solo para cada persona que solicita los
 ↓ beneficios ↓

SOLICITUD PARA (Sí o No)	NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre)	¿Cómo se relacionan con usted?	FECHA DE NAC.	GÉNERO	ETNIA	RAZA	VA A LA ESCUELA (Sí o No)	ÚLTIMO GRADO APROBADO	CIUDADANO DE EE.UU. (Sí o No)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
		Yo mismo								

¿Es alguno de los integrantes del núcleo familiar un compañero de cuarto o inquilino? Sí No
 Si responde sí, ¿quién? _____

B. CIUDADANÍA/ESTATUS MIGRATORIO

Si alguna de las personas por las que hace la solitud no es ciudadano de los EE. UU., llene esta sección. SOLO RESPONDA ESTAS PREGUNTAS PARA CADA PERSONA QUE SOLICITA BENEFICIOS. Si no es elegible para otros tipos de asistencia médica y solo solicita Medicaid para emergencias, no es necesario que llene esta sección.

Integrante del núcleo familiar	Estatus del Servicio de Inmigración y Naturalización (Immigration & Naturalization Service, INS)	¿Inmigrante apadrinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada a los EE. UU.	Número del INS	
Integrante del núcleo familiar	Estatus del INS	¿Inmigrante apadrinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada a los EE. UU.	Número del INS	
Integrante del núcleo familiar	Estatus del INS	¿Inmigrante apadrinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada a los EE. UU.	Número del INS	
Integrante del núcleo familiar	Estatus del INS	¿Inmigrante apadrinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada a los EE. UU.	Número del INS	
Integrante del núcleo familiar	Estatus del INS	¿Inmigrante apadrinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada a los EE. UU.	Número del INS	

C. REPRESENTANTE AUTORIZADO:

Puede escoger a una persona para que haga la solicitud por usted. También puede escoger a una persona para que reciba los beneficios a través de su Tarjeta de Independencia (Independence Card). Esta persona podrá usar sus beneficios de la misma forma que usted. Si escoge a alguien para que lo ayude, indiquenos la siguiente información sobre esa persona y marque lo que quiere que haga esta persona.

Nombre completo (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Parentesco	Teléfono:	
Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal

Marque lo que quiere que haga el representante:

- Realizar una entrevista en su nombre
 Usar su Tarjeta de Independencia (dinero)
 Recibir sus notificaciones
 Firmar su solicitud
 Utilizar sus beneficios de complemento alimentario
 Recibir su tarjeta de asistencia médica

D. ESTUDIANTES

¿Algún integrante del núcleo familiar con edades entre 18 y 50 años asiste a un instituto de educación superior (colegio universitario, escuela vocacional o técnica)?

- Sí No Nombre del estudiante _____

Instituto _____

¿El estudiante trabaja? Sí No

¿El estudiante recibe subvención estudiantil, becas o prestamos? Sí No Monto \$ _____

Monto de la matrícula \$ _____ Libros \$ _____ Tarifas \$ _____ Transporte \$ _____

E. RECURSOS/ACTIVOS

¿Alguien en su núcleo familiar cuenta con recursos o activos como cuentas de ahorros o corriente, acciones, bonos, efectivo en mano, propiedades (además de en la que reside), plan de sepelio prepagado, fideicomiso, cuenta individual de jubilación (Individual retirement account, IRA) o KEOGH Sí No Si responde sí, menciónelo a continuación:

NOMBRE DEL TITULAR (indique si es de empleo independiente)	TIPO DE RECURSO/ACTIVO	SALDO/VALOR	UBICACIÓN (nombre del banco, en el hogar, etc.)

F. TRANSFERENCIA DE ACTIVOS

¿Alguien en su núcleo familiar ha vendido, cambiado o regalado propiedades, acciones, bonos, efectivo u otros activos en los últimos 36 meses? (60 meses si está implicado un fideicomiso)

Titular anterior	Fecha de transferencia	¿Quién recibió el activo?	Tipo de activo

Valor razonable de mercado \$ _____
 Monto recibido \$ _____
 Motivo de la transferencia: _____

G. INGRESOS DEVENGADOS

¿Alguien en su núcleo familiar recibe algún ingreso por empleo? Sí No Si responde sí, indique todos los ingresos netos **antes de las deducciones** (como empleos a tiempo completo o parcial, empleos independientes, cuidado infantil, trabajos pequeños, día de trabajo, pagos de compañero de cuarto o inquilino)

NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR (INCLUYA LA DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO)	TASA DE PAGO	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS	MONTO POR PERÍODO DE PAGO	FRECUENCIA DE RECEPCIÓN

H. CUIDADOS DE PERSONAS DEPENDIENTES

Si alguien en su núcleo familiar le paga a alguien por cuidados de un niño o adulto discapacitado, llene esta sección:

Nombre del proveedor de cuidados	Teléfono	Nombre del proveedor de cuidados	Teléfono
Número	Calle	Número	Calle
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad
Estado	Código postal	Estado	Código postal
Integrante del núcleo familiar que recibe los cuidados	¿Tiene menos de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Integrante del núcleo familiar que recibe los cuidados	¿Tiene menos de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quién paga?	Costo \$	¿Quién paga?	Costo \$
Integrante del núcleo familiar que recibe los cuidados	¿Tiene menos de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Integrante del núcleo familiar que recibe los cuidados	¿Tiene menos de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quién paga?	Costo \$	¿Quién paga?	Costo \$

I. GASTOS POR MANUTENCIÓN INFANTIL/PENSIÓN ALIMENTARIA

¿Algún integrante del núcleo familiar paga manutención infantil ordenada por un juez a un miembro que **NO SEA PARTE DE NÚCLEO FAMILIAR**? Sí No Si responde sí, ¿quién?

(Incluye pagos actuales, morosidades, seguro médico)

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL DEPENDIENTE	MONTO DESEMBOLSADO	PERSONA O AGENCIA QUE RECIBE EL PAGO	FRECUENCIA DE PAGO

J. OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS

Si alguien en su núcleo familiar recibe, solicitó o se le negó algún beneficio mencionado a continuación, coloque una marca en la casilla junto al beneficio.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pensión alimentaria | <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Seguro social | <input type="checkbox"/> Ingresos del seguro social (ISS) |
| <input type="checkbox"/> Jubilación ferroviaria | <input type="checkbox"/> Pensión o beneficios a veteranos | <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo | <input type="checkbox"/> Subvenciones o préstamos educativos |
| <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral | <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación | <input type="checkbox"/> Beneficios sindicales | <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad, enfermedad o maternidad |
| <input type="checkbox"/> Asignación militar | <input type="checkbox"/> Dinero por ingreso de alquileres | <input type="checkbox"/> Beneficios por neuroconiosis | <input type="checkbox"/> Dinero de amigos o parientes |
| <input type="checkbox"/> Montos globales únicos de efectivo | <input type="checkbox"/> Anualidad por Servicio Civil | <input type="checkbox"/> Asistencia financiera temporal | <input type="checkbox"/> TDAP |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del seguro social | <input type="checkbox"/> Dividendos de intereses por acciones, bonos, ahorros y otras inversiones | | |
| <input type="checkbox"/> Otros _ | | | |

¿Acepta solicitar todos los beneficios que tenga derecho a recibir? Sí No

Si marcó sí para recibir, solicitar o que se le niegue cualquier beneficio, llene la sección a continuación.

INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	TIPO DE BENEFICIO	Solicitado		NÚMERO DE SOLICITUD	Recibido		Monto
		sí	no		sí	no	
		sí	no		sí	no	
		sí	no		sí	no	
		sí	no		sí	no	
		sí	no		sí	no	
		sí	no		sí	no	

K. COSTOS DE VIVIENDA – Llène esta sección si solicita beneficios del Programa de Complemento Alimentario

¿Alguien en su núcleo familiar paga por alguno de los siguientes servicios o tarifas? Marque todos los servicios o tarifas que se paguen y responda las preguntas.

√	Gastos	Monto	¿Con qué frecuencia?	¿Quién paga?	√	Gastos	Monto	¿Con qué frecuencia?	¿Quién paga?
	Alquiler					Agua			
	Hipoteca					Aguas servidas			
	Electricidad					Basura			
	Gas					Madera/carbón			
	Aceite					Impuestos a la propiedad			
	Tarifas asociadas a cooperativas o condominios					Seguro de propietarios			
	Teléfono					Otros.			

Vive en: Vivienda pública Vivienda de sección 8 Vivienda de FMHA 515 Vivienda privada

¿Se incluye la calefacción en el alquiler? Sí No Paga factura de electricidad por iluminación o por cocinar Sí No

Si la calefacción no está incluida en el alquiler, ¿cuál es su fuente de calor? _____

¿Paga por aire acondicionado? Sí No

¿Alguien lo ayuda a cubrir los costos de los servicios públicos? Yes No Si responde sí, ¿Quién? _____

¿Comparte algunos de los costos de vivienda mencionados anteriormente? Sí No Si responde sí, ¿con quién? _____

¿Cuál es su aporte? _____

¿Ha recibido asistencia energética en su dirección actual en los últimos 12 meses? Sí No

L. GASTOS MÉDICOS – Llène la sección correspondiente si solicita asistencia médica o beneficios del complemento alimentario

Asistencia médica – ¿Usted o alguno de los integrantes del núcleo familiar pagan por gastos médicos? Sí No Si responde sí, marque la casilla correspondiente.

Beneficios de complemento alimentario - ¿Usted o alguno de los integrantes del núcleo familiar paga por los gastos médicos de alguna persona con más de 60 años o por alguna persona que reciba beneficios por discapacidad? Sí No Si responde sí, marque la casilla correspondiente e indique el monto mensual que paga.

CONVERSE CON SU GESTOR DE CASOS SOBRE ESTOS GASTOS.

<input type="checkbox"/> Seguro Médico o de Medicare	\$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro odontológico o médico	\$ _____	Otros _____
<input type="checkbox"/> Dentaduras/gafas/prótesis auditivas	\$ _____	<input type="checkbox"/> Costos por transporte	\$ _____	
<input type="checkbox"/> Hospitalización	\$ _____	<input type="checkbox"/> Enfermería	\$ _____	
<input type="checkbox"/> Cuidados de compañía	\$ _____	<input type="checkbox"/> Gastos farmacéuticos	\$ _____	

M. CONSULTA DE DECLARACIÓN FAMILIAR – Llène esta sección si solicita asistencia financiera temporal o beneficios de complemento alimentario.

1. Alguien en su núcleo familiar alguna vez ha sido condenado por:

Delito por narcotráfico posterior al 22 de agosto de 1996

(Narcotraficante: organizador, supervisor, financiador o administrador que actúa como coconspirador en una conspiración para producir, distribuir, dispensar, transportar en o hacia el Estado una sustancia peligrosa controlada).

Sí NO Si responde sí,

¿Quién? _____

b. Delito por venta de drogas en grandes volúmenes posterior al 22 de agosto de 19964

(Vendedor a grandes volúmenes: una persona que produce, distribuye, dispensa o procesa ciertas cantidades de una sustancia peligrosa controlada).

Sí NO Si responde sí, ¿Quién? _____

2. ¿Alguien en su núcleo familiar actualmente se encuentra en violación de libertad condicional o probatoria, o huyendo de la policía o los tribunales?

Sí NO Si responde sí, ¿Quién? _____

3. ¿Alguien en su núcleo familiar alguna vez ha sido condenado desde el 22 de agosto de 1996 en un tribunal federal o estatal por no decir la verdad sobre dónde vivían o sobre su identidad para recibir beneficios de complemento alimentario o asistencia financiera en más de un lugar en el mismo mes?

Sí NO Si responde sí, ¿Quién? _____

4. ¿Algún tribunal ha condenado a algún miembro de su núcleo familiar por la comercialización o tráfico de beneficios de complemento alimentario en montos de \$500 o mayores?

Sí NO Si responde sí, ¿Quién? _____

5. ¿Alguien en su núcleo familiar recibe beneficios usando otra identidad o como miembro de otro núcleo familiar o en otro estado?

Sí NO Si responde sí, ¿Quién? _____

N. SEGURO MEDICO – Llene esta sección si solicita asistencia médica o asistencia financiera temporal

1. ¿Alguna de las personas que hace la solicitud ha renunciado a cobertura de seguro médico en los últimos seis meses? SI NO
2. ¿Alguna de las personas que hace la solicitud tiene algún seguro médico? Sí No Si respondió "Sí" a la pregunta 2, llene la siguiente sección.

PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO NÚMERO 1

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NUMERO DE PÓLIZA		NUMERO DE GRUPO	
INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR BAJO COBERTURA DE LA PÓLIZA	PARENTESCO DEL INTEGRANTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA	INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR BAJO COBERTURA DE LA PÓLIZA	PARENTESCO DEL INTEGRANTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA		

DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Número Calle Ciudad Estado Código postal Teléfono

COMPAÑÍA DE SEGUROS/SINDICATO

Nombre de la compañía de seguros

Número Calle Ciudad Estado Código postal Teléfono

PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO NÚMERO 2

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NUMERO DE PÓLIZA		NUMERO DE GRUPO	
INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR BAJO COBERTURA DE LA PÓLIZA	PARENTESCO DEL INTEGRANTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA	INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR BAJO COBERTURA DE LA PÓLIZA	PARENTESCO DEL INTEGRANTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA		

DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Número Calle Ciudad Estado Código postal Teléfono

COMPAÑÍA DE SEGUROS/SINDICATO

Nombre de la compañía de seguros

Número Calle Ciudad Estado Código postal Teléfono

O. SEGURO DE VIDA, PLANES DE FUNERARIA O FONDOS DE SEPELIO – Llene esta sección si solicita asistencia médica o asistencia financiera temporal

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE EL PAGO	VALOR NOMINAL O VALOR DEL PLAN	VALOR EN EFECTIVO	NÚMERO DE PÓLIZA O NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DE LA COMPANIA, CASA FUNERARIA O BANCO

USE ESTE ESPACIO SI NECESITA SUMINISTRARNOS MÁS INFORMACIÓN SOBRE ALGUNA PREGUNTA RELACIONADA CON LA SOLICITUD

Si necesita más espacio, solicite el Anexo de Solicitud de asistencia 9701 (9701- Application for Assistance Addendum).

P. INFORMACIÓN DE MANUTENCIÓN INFANTIL – Llene esta sección si desea solicitar ASISTENCIA FINANCIERA TEMPORAL O ASISTENCIA MÉDICA para un niño que tiene un padre ausente o fallecido. Llene una sección por separado para cada padre ausente o fallecido.

Nro. 1 INFORMACION DEL PADRE AUSENTE (ABSENT PARENT, AP)							
Nombre del padre ausente (primer nombre, segundo nombre, apellido)				Parentesco de padre ausente con usted.		Marque una opción: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Fallecido	
NOMBRE DEL NIÑO				ESTADO CIVIL DEL PADRE DEL NIÑO AL MOMENTO DE SU NACIMIENTO			
				<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Nunca se casó			
				<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Nunca se casó			
				<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Nunca se casó			
				<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Nunca se casó			
Número de Seguro Social		Otro nombre		Fec. de Nac.	Edad	Raza	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Última dirección conocida del AP		Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Dirección del padre del AP		Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Estado de la licencia de conducir			Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)				
Actividad militar actual o anterior			¿Paga asignación militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Sector militar	
Fechas: Desde: Hasta:			Si responde sí, ¿a quién?				
Recluido <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Nunca					Nombre de la institución		
INFORMACION DE INGRESOS DEL PADRE AUSENTE							
Último empleador conocido		Nombre, dirección y teléfono					
Segundo empleador		Nombre, dirección y teléfono					
Otro ingreso/beneficio: <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión a veteranos <input type="checkbox"/> Desempleo							
<input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación <input type="checkbox"/> Beneficios sindicales <input type="checkbox"/> Otros, enumere: _____							
INFORMACION DE ORDEN JUDICIAL DEL PADRE AUSENTE							
¿Paga manutención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		¿A quién?			Fecha del último pago	Monto del pago	
¿Ordenado por un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		Si responde sí, ¿dónde se emitió la orden judicial?				¿Puede darnos una copia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
NRO. 2 INFORMACION DEL PADRE AUSENTE (AP)							
Nombre del padre ausente (primer nombre, segundo nombre, apellido)				Parentesco de padre ausente con usted.		Marque una opción: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Fallecido	
NOMBRE DEL NIÑO				ESTADO CIVIL DEL PADRE DEL NIÑO AL MOMENTO DE SU NACIMIENTO			
				<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Nunca se casó			
				<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Nunca se casó			
				<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Nunca se casó			
				<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Nunca se casó			
Número de Seguro Social		Otro nombre		Fec. de nac.	Edad	Raza	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Última dirección conocida del AP		Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Dirección del padre del AP		Número	calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Estado de la licencia de conducir			Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)				
Actividad militar actual o anterior			¿Paga asignación militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Sector militar	
Fechas: Desde: Hasta:			Si responde sí, ¿a quién?				
Recluido <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Nunca					Nombre de la institución		
INFORMACION DE INGRESOS DEL PADRE AUSENTE							
Último empleador conocido		Nombre y dirección	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal Teléfono
Segundo empleador		Nombre y dirección	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal Teléfono
Otro ingreso/beneficio: <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión a veteranos <input type="checkbox"/> Desempleo							
<input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación <input type="checkbox"/> Beneficios sindicales <input type="checkbox"/> Otros, enumere: _____							
INFORMACION DE ORDEN JUDICIAL DEL PADRE AUSENTE							
¿Paga manutención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		¿A quién?			Fecha del último pago	Monto del pago	
¿Ordenado por un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		Si responde sí, ¿dónde se emitió la orden judicial?				¿Puede darnos una copia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

ASIGNACIÓN DE DERECHOS DE APOYO PARA RECIBIR ASISTENCIA TEMPORAL EN EFECTIVO

- Yo concedo al **Estado** de Maryland todos los derechos, títulos e interés en la ayuda que yo pueda tener para mi persona o para cualquier otra persona que reciba asistencia temporal en efectivo (TCA).
- Esto incluye cualquier ayuda cuyo plazo ha vencido que no haya sido cobrada durante el tiempo que yo o cualquier persona haya recibido asistencia temporal en efectivo (TCA).
- Yo acepto que la agencia de manutención infantil cobre cualquier ayuda que se me adeude y que se mantenga el importe de TCA que se me abona.
- Yo acepto enviar al Estado de Maryland cualquier asistencia que reciba. Si yo no entrego esta asistencia, deberé pagar esta cantidad al Estado de Maryland. Asimismo, también se me puede entablar una acción judicial por fraude.

Cuando sea elegible para recibir Ayuda Médica:

- Asigno todos los derechos, título e interés en la ayuda médica y pagos del seguro de salud que **pueda** tener para mi persona o cualquier persona que reciba Asistencia Médica. Esto incluye ayuda médica vencida o pagos del seguro social que no hayan sido cobrados.
- Yo acepto que la agencia de manutención infantil cobre cualquier pago de ayuda médica que se me adeude y que se mantenga el importe de los pagos de Asistencia Médica que se formularon para mí.
- Yo acepto brindarle al Estado de Maryland cualquier ayuda médica o pagos de seguro de salud que reciba.
- Yo prestaré mi colaboración a me mejor saber y entender ante la agencia de manutención infantil mientras me encuentre recibiendo asistencia temporal en efectivo (TCA)
- Si no colaboro con la agencia de manutención infantil, puedo perder todos mis beneficios y se puede cerrar mi caso.

HE LEÍDO ESTAS DECLARACIONES O ALGUNA PERSONA ME LAS HA LEÍDO. YO ENTIENDO LO QUE SIGNIFICAN. AL FIRMAR MI NOMBRE A CONTINUACIÓN, ACEPTO SEGUIR LO QUE SE INDICA.

Firma

Fecha

Sus derechos y responsabilidades

HECHOS QUE DEBE SABER AL SOLICITAR ASISTENCIA TEMPORAL EN EFECTIVO, PROGRAMA DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS (ANTERIORMENTE FOOD STAMPS) y ASISTENCIA MÉDICA

Números del Seguro Social:

- ✧ Usted debe proporcionarnos un número de seguro social para cada miembro de la familia que desee recibir beneficios.
- ✧ Si una persona que desea recibir beneficios no tiene un número de seguro social, esa persona debe solicitar un número. Podemos ayudar a los solicitantes para que obtengan sus números.
- ✧ Si un miembro de la familia ha solicitado un número de seguro social, no demoraremos su solicitud mientras espera recibir el número.
- ✧ Usamos los números del seguro social para comprobar los ingresos. No le proporcionamos los números a otras agencias como Inmigración y Control de Aduanas.

Condición de ciudadanía e inmigración

- ✧ Debe informarnos sobre la condición de ciudadanía e inmigración de cada miembro de la familia que desea beneficios.
- ✧ Maryland usa el Programa de Verificación Sistemática de Derechos del Extranjero o sistema SAVE a través del Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Service (USCIS) antes conocido como el Servicio de Inmigración y naturalización (Immigration and Naturalization Service - INS) para verificar la condición de extranjero de todos los solicitantes y receptores cuyos miembros de la familia no son ciudadanos. La información que se reciba de USCIS puede afectar la elegibilidad de su familia e importe del beneficio.

Información

- ✧ Si un miembro de la familia no nos informa sobre la ciudadanía, condición de inmigración o número de seguro social, esa persona no obtendrá beneficios.
- ✧ Estas personas de igual manera tienen que proporcionarnos prueba de ingreso, gastos y otros.
- ✧ Los demás miembros de la familia que nos proporcionan su información, obtendrán beneficios si cumplen con las reglas.

Asistencia Médica de Emergencia

- ✧ Los inmigrantes que no son elegibles para recibir otras formas de asistencia médica y solo solicitan asistencia médica de emergencia, no tienen que no tienen que proporcionarnos sus números del Seguro Social, ni condición de inmigración o ciudadanía.

Límites de tiempo

- ✧ La Asistencia Temporal en Efectivo tiene limitaciones de tiempo.
- ✧ El Programa de Suplementos Alimentarios (FSP) (anteriormente Food Stamps) y Asistencia Médica no tienen limitaciones de tiempo.
- ✧ Cuando finaliza la Asistencia Temporal en Efectivo debido a las limitaciones de tiempo, los ingresos u otras razones, usted puede seguir recibiendo beneficios de Suplementos Alimenticios y Asistencia Médica.

Entrevistas

- ✧ Se le debe entrevistar a usted, como miembro responsable de la familia o alguien que usted elija para que lo represente.
- ✧ En la mayor parte de los casos, lo podemos entrevistar por teléfono.
- ✧ Usted deberá proporcionarnos o enviarnos el comprobante que solicitamos en su entrevista.

If you need help applying for benefits, or have questions about information you must give us, want to know what will happen to your benefits, do not speak English and need free translation services. **Llame a su Encargado de Caso o al 1-800-332-6347 Si necesita ayuda para llenar el formulario llame al 1-800-332-6347.**

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

La Administración de Inversión Familiar tiene el compromiso de proporcionar acceso y adaptación razonable a sus servicios, programas, actividades, educación y empleo para personas con discapacidades. Si necesita ayuda o tiene que solicitar una adaptación razonable, comuníquese con su encargado de caso o llame al 1-800-332-6347, o llene el formulario de la siguiente página.

Solicitar una adaptación razonable

Si usted es una persona con una discapacidad, puede tener derecho a una adaptación razonable para ayudarlo a acceder a las actividades, programas y servicios del DHS. Esto corresponde aun cuando usted se encuentre trabajando con un departamento de servicios sociales o un vendedor que proporciona servicios para clientes del DHS.

Una adaptación razonable es una modificación o ajuste que se hace a una actividad, programa o servicio, que ayuda a que una persona calificada con una discapacidad tenga acceso significativo a las actividades, programas y servicios del DHS.

Ejemplos de adaptaciones razonables

Impedimento Auditivo: intérprete de lenguaje de señas; proporcionar un dispositivo de asistencia auditiva

Impedimento Visual: hacer que un lector calificado le lea a un cliente

Impedimento de Movilidad: enviar formularios por correo a un cliente a una ubicación más accesible

Discapacidades de Desarrollo: Hacer que se le escriban las cosas; tomar descansos; programar visitas de acuerdo a las necesidades médicas de un cliente

Usted puede solicitar una adaptación razonable al departamento de servicios sociales local o a un vendedor en cualquier momento. Su solicitud puede hacerla en forma oral o por escrito. Una solicitud de adaptación razonable se puede hacer en persona, por escrito o por medio del teléfono. No hay palabras específicas que tenga que usar para solicitar una adaptación. La solicitud la puede hacer usted o alguna persona que lo esté ayudando. Si necesita solicitar una adaptación razonable debido a su discapacidad, debe conversar con el encargado del caso o con el supervisor o con el Coordinador de Acceso al Cliente (CAC) en su departamento local de servicios sociales. Puede preguntarle al encargado del caso el nombre del Coordinador de Acceso al Cliente en su departamento local de servicios sociales. Puede usar el formulario que se encuentra al reverso de este aviso. También, puede solicitar mayor información en la mesa de entrada.

1. Marque 7-1-1 o [800-735-2258](tel:800-735-2258) para iniciar una llamada de TTY a través de Maryland Relay.
2. El saludo escrito a máquina del operador de Maryland Relay, incluyendo el número de identificación del Operador, aparecerá en su teléfono TTY o VCO.
3. Cuando el Operador haya terminado de mecanografiar, usted verá las letras "GA." Esto quiere decir «Siga adelante».
4. Escriba a máquina el número de la persona a la que quiere llamar, junto con todas las instrucciones especiales para llamar. Luego escriba a máquina "GA"...

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Solicitud de adaptación razonable	
Nombre de la persona que <u>necesita</u> la adaptación	Nombre de la persona que <u>solicita</u> la adaptación
Dirección:	
Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal:	Número de teléfono:
Naturaleza de la discapacidad o impedimento (especificar):	
Ubicación de Departamento Local de Servicios Sociales:	
Solicitud de adaptación (Tipo de adaptación solicitada). Favor usar letra de imprenta o escribir a máquina. Sea tan específico como pueda. Si es necesario, adjunte comentarios adicionales.	
Observación: Si está solicitando servicios de lenguaje de señas especifique qué tipo: Intérprete de Lenguaje de Señas (American Sign Language Interpreter - ASL), Intérprete Certificado para personas Sordas - CDI) o Communication Access Real Time Translation (CART).	
Proporcione cualquier información adicional que pueda ayudarnos a proporcionarle una adaptación razonable (especificar):	

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

DERECHOS IGUALES – Esta institución tiene prohibido cometer discriminación sobre la base de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos religión o ideología política.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos también prohíbe la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, ideología política o represalia en para una actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ej. Braille, impresión de tamaño grande, cinta de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), debe ponerse en contacto con la Agencia (Estatual o local) a la que solicitaron beneficios. Las personas que son sordas, difíciles para escuchar o tienen discapacidades de habla, pueden ponerse en contacto con USDA a través del Servicio Federal de repetidor llamando al (800) 877-8339. Asimismo, la información del programa se puede obtener en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación, complete el Formulario de Queja de Discriminación (AD-3027), [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario lleno o carta a USDA por:

- (1) Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener cualquier otra información relacionada con el Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP) llame al número directo de USDA SNAP (800) 221-5689, que también contesta en español o llame [Información del Estado/Números directos](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm) (haga clic en el enlace para obtener un listado de números directos por Estado que se encuentra en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Para presentar una queja de discriminación sobre un programa que recibe asistencia financiera federa a través de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), escribir a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de oportunidades equitativas.

DERECHO A RECIBIR UN AVISO POR ESCRITO – Le debemos proporcionar siempre un aviso por escrito que explique sus beneficios cuando aprobemos su caso. Debemos proporcionar un aviso por escrito cuando cambiemos sus beneficios, rechazemos o cerremos su caso. Tiene 90 días a partir

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

de la fecha del aviso para solicitar una audiencia. Si solicita una audiencia dentro de los diez (10) días, es posible que obtenga beneficios mientras espera por la audiencia.

DERECHO A UNA APELACIÓN – Averigüe sobre una audiencia si está en desacuerdo con la decisión del Departamento. Su encargado de caso puede ayudarlo con su apelación. En la audiencia, usted puede hablar por usted mismo o traer un abogado, amigo o familiar para que hable por usted.

DERECHO A LA PRIVACIDAD – Usted está proporcionando información personal en la solicitud. Usamos la información para determinar si es elegible para recibir los beneficios. Si usted no proporciona la información, podemos rechazar su solicitud. Usted tiene derecho a revisar, cambiar o corregir toda la información. Nosotros no le mostraremos su información o no se la daremos a otros, a menos que usted nos de su autorización o que la ley estatal y federal nos permita hacerlo.

DERECHO A RECLAMAR POR UNA BUENA CAUSA – Si desea Asistencia Temporal en Efectivo (TCA), deberá ayudar al Departamento obtener manutención infantil. Es posible que no tenga que ayudar si usted o su familia si lo pone a usted o a su familia en peligro.

DERECHO PARA RECHAZAR AYUDA – Usted no tiene que aceptar ayuda de una organización religiosa si es contraria a sus creencias religiosas.

DERECHO AL PROCESAMIENTO OPORTUNO DE UNA SOLICITUD – Si usted es elegible para recibir los beneficios acelerados del Programa de Suplementos Alimentarios (FSP), debemos proporcionarle sus beneficios en el plazo máximo de 7 días. Para el Programa de Suplementos Alimentarios (FSP) regular y otros programas, excepto para ciertos programas de Asistencia Médica debemos procesar su solicitud en un plazo máximo de 30 días. Hay momentos cuando hay una demora en el procesamiento. Si hay una demora, le enviaremos una carta para informarle que hay un retraso en el procesamiento de su solicitud. Si se encuentra encarcelado o en otra institución parecida, no podrá recibir FSP o beneficios en efectivo hasta que se le libere. La fecha de su solicitud para asistencia será la fecha de su liberación de la institución, si es menor a 30 días desde la fecha en la que se recibió su solicitud firmada en el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Los beneficios FSP se emiten desde la fecha de su liberación de acuerdo con la fecha de su solicitud.

Autorización para recibir información sobre planificación familiar

Si desea información, puede pedirle a su encargado de caso una Guía de Planificación Familiar.

También puede ponerse en contacto con:

- 1-800-546-8900 si necesita ayuda para encontrar un proveedor para control de nacimiento o para organizar el cuidado prenatal, o
- El Centro de Salud Materna e Infantil (The Center for Maternal and Child Health) llamando al 410-767-6713 www.fha.state.md.us/mch

USTED TIENE LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES

PROPORCIONAR INFORMACION – Usted deberá proporcionar información verdadera y completa. Es posible que tenga que proporcionarnos documentos que prueben esta información. Mantendremos esta información con carácter privado. Cualquier demora en proporcionar los documentos de prueba puede hacer que su caso se retrase o rechace.

Está autorizado, de conformidad con la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, U.S.C.2011-2036, Ley de Seguro Social §1137(f) y 42 U.S.C. §1320B-7(d), recopilar información de la solicitud,

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

número de seguro social de cada miembro de la familia. Usamos la información para averiguar si su familia es elegible. Revisamos esta información haciendo coincidir programas de computadora.

También usamos la información para ver si usted cumple con las reglas del programa. Podemos ponernos en contacto con su empleador, banco o con terceros. También podemos ponernos en contacto con agencias locales, estatales o federales para confirmar que la información sea correcta. Podemos proporcionarle su información a otras agencia federales o estatales para uso oficial y a agentes del cumplimiento de la ley que necesitan encontrar personas que están huyendo para evadir la ley.

Si usted obtiene demasiado en beneficios

- Es posible que tenga devolver el dinero para los beneficios, y
- Podemos darle la información de la solicitud, incluyendo números del Seguro Social, a las agencias federales o estatales, así como a agencia privadas de cobro de reclamos, para su procesamiento.

Proporcionar información es voluntario. Si usted no nos proporciona información como los números del seguro social para todos los que desean ayuda, podemos negarnos a proporcionar beneficios a cada persona que no proporcione un número de seguro social. Si usted no tiene un número de seguro social, le ayudaremos a que obtenga uno.

INFORMAR CAMBIOS - Usted deberá responder todos los cambios dentro de los diez días a menos que usted participe en el grupo simplificado de informe del Programa de Suplementos Alimentarios (FSP). Si desea saber si pertenece a ese grupo, hágale la pregunta a su encargado de caso. Usted puede informarnos sobre cualquier cambio en persona, por teléfono, o por correo al Departamento.

Advertencia – Podemos rechazar, disminuir o detener sus beneficios si nos brinda información errónea o si no informa los cambios. Un juez puede imponer una multa y/o encarcelación si usted proporciona información errónea deliberadamente o si no informa los cambios.

REQUERIMIENTOS DE TRABAJO PARA EL Programa de Suplementos Alimentarios (FSP):

Las personas que solicita o reciben el Complemento Alimenticio (FSP) deberá saber y entender la siguiente información sobre el registro de trabajo y requerimientos de trabajo del Programa de Suplementos Alimenticios (FSP). Los requerimientos del trabajo en los Suplementos Alimenticios están considerados en la ley federal en 7 CFR 273.24.

Todas las personas mayores de 18 años **deben registrarse para el trabajo** a menos que estén de otra forma exentas, debido a que: tienen más de 60 años, están cuidado a un niño menos de 6 años que vive en su hogar, ha solicitado o recibe beneficios de desempleo, está auto-empleada y trabaja un mínimo de 30 horas o más per semana al equivalente del salario mínimo federal, asiste a una escuela o institución reconocida de educación superior por lo menos la mitad del tiempo, o la persona no es apta ni mental ni físicamente para el trabajo. Estar registrado para el trabajo no es lo mismo que participar.

A partir de **1 de enero de 2016** las personas saludables sin dependientes (ABAWDS), edades de 18 a 50, quiénes no están exentas del registro de trabajo de conformidad con algunas de las razones mencionadas, o reside en un área designada como exenta, tienen que estar registradas para trabajar y participar en un programa actividad de trabajo o estar empleadas.

Estas personas que son conocidas como ABAWDS solo pueden recibir Complementos Alimenticios para tres meses en un periodo fijo de 36 meses a menos que la persona esté empleado y participando en una actividad educativa de trabajo aprobada o actividad educativa

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

con un mínimo de 80 horas por mes. La persona no puede recibir beneficios de Complementos Alimenticios nuevamente hasta que él o ella cumpla con los requerimientos de trabajo. Usted recibirá información adicional que le proporcionará el gerente del caso e información que está disponible en el sitio web de DHS en <http://www.dhr.state.md.us/blog/>

REPRESENTANTES AUTORIZADOS – La mayor parte del tiempo, si su representante autorizado nos proporciona información errónea, usted tendrá que devolver cualquier importe que se le haya abonado en exceso.

Si su representante autorizado nos proporciona en forma deliberada información errónea o no usa sus beneficios en forma adecuada, podemos descalificar a la persona de actuar como un representante autorizado y enjuiciarlo por fraude de conformidad con la ley estatal y federal.

Si un centro para el tratamiento por drogas o alcohol o un arreglo de vivienda en grupo, actúa como su representante autorizado para sus beneficios alimenticios, y ellos le proporcionarán deliberadamente información errónea sobre su situación, podemos entablar acciones legales hacia la persona de conformidad con la legislación aplicable federal o estatal.

PENALIDAD DEL PROGRAMA DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS Y TCA

No:

- Proporcione información falsa o retenga información para obtener o continuar obteniendo beneficios TCA y/o FSP.
- Use TCA y FSP o tarjetas electrónicas de beneficios para comprar artículos no permitidos, tales como alcohol y tabaco o para pagar en cuentas de crédito.
- Use TCA y FSP o tarjetas electrónicas de beneficios para comprar ítems no permitidos tales como alcohol y tabaco o para pagar en cuentas de crédito.
- Use los beneficios de TCA o FSP de otra persona.
- Use la tarjeta electrónica de beneficios de otra persona sin autorización.
- Use su tarjeta EBT que contenga beneficios TCA en una tienda de licores, establecimiento de entretenimiento para adultos tales como un club de striptease o en un establecimiento de juego como puede ser un casino.

Sus beneficios FSP no aumentarán si su asistencia en efectivo se reduce o cancela debido a que no siguió las reglas.

Si un miembro de la familia infringe las reglas deliberadamente, podemos bloquear a la persona de TCA o FSP.

- Podemos bloquear a esta persona por un **año** después de la primera infracción.
- Podemos bloquear a esta persona por **dos años**:
 - * Después de la segunda infracción, o
 - * Después de la primera vez que un juzgado encuentre culpable a esta persona de comprar drogas ilegales con beneficios de TCA o Suplementos Alimenticios.
- Podemos bloquear a esta persona **permanentemente**:
 - * Después de la tercera infracción, o
 - * Después de la segunda vez que un juzgado encuentre culpable a una persona por comprar drogas ilegales con beneficios de TCA o FSP.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

- * Después de la primera vez que un juzgado encuentre culpable a una persona de comprar, armas de fuego, balas o explosivos con beneficios de TCA o FSP.
- * Después que un juzgado encuentre a una persona de traficar con beneficios de TCA o FSP de \$500 o más.
- Podemos bloquear a esta persona durante diez años si se le encuentra culpable de una declaración falsa sobre la identidad de una persona a fin de recibir beneficios múltiples a la vez.

Un juez también puede multar a esta persona con \$250,000, encarcelar a la persona por hasta 20 años, o ambos. Un juez puede también bloquear a esta persona por 18 meses adicionales. La persona también puede tener que afrontar juicios adicionales bajo otras leyes federales.

Se puede referir a las personas que solicitan cuatro o más tarjetas Independence de reemplazo en un año a la oficina del Inspector General para la investigación de beneficios de tráfico.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

ADVERTENCIA Y PENALIDAD DE MEDICAID - Solo use tarjetas de Asistencia Médica si usted es elegible.

Todas las personas condenadas por «Fraude Médico» por un valor de \$500 o más en dinero, servicios o bienes, es culpable de un delito mayor y deberán:

1. Devolver dinero, servicios o bienes; o el valor de esos servicios o bienes recibidos en forma ilegal.
2. Estar sujetos a una multa de como máximo \$10,000, o encarcelado por más de cinco años, o ambos.

Todas las personas condenadas por «Fraude Médico» por un valor de menos de \$500 en dinero, servicios o bienes, es culpable de un delito menor, y deberán:

1. Devolver dinero, servicios o bienes; o el valor de esos servicios o bienes recibidos en forma ilegal.
2. Estar sujetos a una multa de como máximo \$1,000, o encarcelado por no más de tres años, o ambos. más de cinco años, o ambos.

LEER ANTES DE FIRMAR:

Entiendo que es importante proporcionar información verdadera y que, si no lo hago así, estoy infringiendo la ley.

Entiendo que se me puede poner una multa, encarcelarme o reducir mis beneficios por hacer declaraciones falsas o por pretender ser otra persona.

Yo sé que se me puede castigar por no informar cambios que pueden afectar mi elegibilidad o importe de mis beneficios.

Entiendo que si obtengo más beneficios de Suplementos Alimenticios de los que debería, todos los miembros adultos de mi familia tienen la responsabilidad de pagar la deuda.

Yo sé que el departamento puede usar la solicitud contra mí en un juzgado legal por enjuiciamiento.

Yo sé que no informar o verificar el refugio, gastos médicos o ce cuidado dependiente o pagos de manutención infantil es igual a decir que no desea que se haga una deducción por los gastos que no verificó o informó.

Entiendo que el Departamento puede revisar la información en este formulario para ver si es correcta y puede seleccionar mi caso para una verificación puntal, como para una Revisión de Control de Calidad.

Yo acepto que una personal del Departamento me visite en mi hogar. Los ayudaré a obtener todas las pruebas de cualquier fuente.

Entiendo que al firmar esta solicitud:

- Yo acepto la asisten en efectivo y/o la asistencia médica.
- Estoy de acuerdo en Medicare Parte B hará pagos directamente a los médicos y suministros médicos.
- Le brindo al Departamento derecho de obtener el pago de un seguro de salud privado o público y de cualquier tercero responsable. Entiende que deberé cooperar con el departamento para obtener dichos pagos. El Departamento puede buscar pago sin una acción legal, siempre que no sea un importe mayor que el que pagó Asistencia Médica.
- Le brindo al departamento el derecho de inspeccionar, revisar y copiar todos los registros médicos por los servicios recibidos a través del Programa de Asistencia Médica.

Entiendo que cuando fallece una persona que tenía por lo menos 55 años cuando recibió Asistencia Médica el estado puede tomar dinero del estado para hacer los pagos en nombre de esa persona. El programa puede tomar el dinero solo si no hubiera un cónyuge sobreviviente, hijos solteros menores de 21 año o un niño ciego o discapacitado (casado o soltero) de cualquier edad.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

SECCIÓN DE FIRMAS

Entiendo que, tal como lo exige la legislación de Maryland, ciertas agencias de cumplimiento de la ley que investigan los casos de fraude, pueden obtener información sobre mi solicitud, ingresos, beneficios y otra documentación como parte de su investigación. Si bien acceder a mi solicitud e información de beneficios es por lo general limitada (de conformidad con el Código de Maryland, Servicios Humanos Artículo § 1-201), estos límites no son aplicables para estas agencias de investigación. Dichas agencias incluyen la Oficina del Inspector General del Departamento de Servicios Humanos. Entiendo que no necesito proporcionar mi consentimiento a estas agencias a fin de que investiguen cualquier alegación de fraude contra mi persona. Cualquier información encontrada como resultado de la investigación puede ser usada contra mi persona si se está entablando una acción legal por una alegación de fraude.

He leído o alguna persona me ha leído y me ha explicado la solicitud en su totalidad. Yo juro o afirmo bajo pena de falso testimonio, que toda la información que he proporcionado, está correcta y es completa a mi mejor saber y entender. He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades.

Autorizo a cualquier persona, sociedad, asociación, corporación o agencia gubernamental que conoce los hechos sobre mi elegibilidad a proporcionar esa información al Departamento. Asimismo, autorizo al Departamento a contactar a cualquier persona, sociedad, corporación asociación o agencia gubernamental que he proporcionado prueba de mi elegibilidad para recibir beneficios. Certifico, bajo penalidad de falso testimonio, que al firmar mi nombre a continuación, todas las personas para las cuales estoy presentando esta solicitud, son ciudadanos de EE.UU. Inmigrantes o personas admitidas

Firma del solicitante / receptor		Fecha
Firma del testigo (si usted firmó con una X)		Fecha
Firma del cónyuge (Si usted firmó con una X)		Fecha
Firma del representante autorizado (si corresponde)		Fecha
Firma del encargado del caso		Fecha

No deseo solicitar asistencia en este momento. Retiro mi solicitud para:

- Asistencia en efectivo**
 Programa de Suplementos Alimenticios
 Asistencia
 Médica Asistencia de emergencia a las familias y niños

Firma del solicitante / receptor		Fecha
Nombre en letra de imprenta: Solicitante		